委 任 状

　　年　　月　　日

下記の者を代理人と定め、所定の権限を委任します。

住 所

氏 名

生年月日 　　　　　　　　　　 　年　　　　月　　　　日

**委任を受けた人**

（窓口に来られる方）

委任する内容（該当する項目に✔を記入してください）≪※複数可≫

* 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種の接種料免除の届出をすること。
* 高齢者インフルエンザ予防接種の接種料免除の届出をすること。
* メタボ予防健診の受診料免除の届出をすること。
* 肝炎ウイルス検診の受診料免除の届出をすること。
* 肺がん・結核検診の受診料免除の届出をすること。
* 大腸がん検診の受診料免除の届出をすること。
* 胃がん検診の受診料免除の届出をすること。
* 子宮頸がん検診の受診料免除の届出をすること。
* 乳がん検診の受診料免除の届出をすること。
* 節目歯科健診の受診料免除の届出をすること。
* 妊婦歯科健診の受診料免除の届出をすること。
* 免除可否決定通知書の送付先を代理人にすること。
* ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いの届出をすること。

**委任者**　　　　　　　住　　所

　　　　　　　 氏　　名　　(自署または記名押印)　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　生年月日　 　　　　　　　　　　　　 　年　　 　月　　　　日